



## Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Infancy (2-4 weeks)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

### Hearing Screen

Screen infants with these risk factors:

- Family history of childhood hearing impairment.
- History of congenital prenatal infection with herpes, syphilis, rubella, cytomegalovirus, or toxoplasmosis.
- Malformations involving the head or neck (e.g., dysmorphic and syndrome abnormalities, cleft palate, abnormal pinna).
- Birth weight below 1500 grams.
- Bacterial meningitis.
- Hyperbilirubinemia requiring exchange transfusion.
- Severe prenatal asphyxia exchange transfusion.
- Severe prenatal asphyxia (Apgar scores of 0-3, absence of spontaneous respirations for 10 minutes or hypotonia at 2 hours of age).
- Parents concerned about infant's hearing.

### Developmental Milestones

Always ask about and follow-up on parent concerns about development or behavior. You may use the following screening list, the Denver II, or other developmental screen.

- | Yes                      | No                       |                                   |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Regards face.                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Lifts head while prone.</u>    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Moves extremities equally.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mother responds to infant cues.   |

**Instructions for developmental milestones:** At least 90% of infants should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on any two items or even one of the underlined items, refer the infant for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies (1-800-322-2588) with questions or concerns on childhood development.**



**ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР РЕБЕНКА – МЛАДЕНЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ: 2-4 НЕДЕЛИ**  
**WELL CHILD EXAM - INFANCY: 2-4 WEEKS**  
 (Соответствует нормам EPSDT)

ДАТА

**МЛАДЕНЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ: 2-4 НЕДЕЛИ**

<b>ДАНИЕ О РЕБЕНКЕ (ЗАПОЛНЯЮТСЯ РОДИТЕЛЕМ)</b>	ИМЯ РЕБЕНКА	КЕМ ДОСТАВЛЕН:	ДАТА РОЖДЕНИЯ
	АЛЛЕРГИИ	ПРИНИМАЕМЫЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ЛЕКАРСТВА	
	ЗАБОЛЕВАНИЯ/НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ/ПРОБЛЕМЫ/БЕСПОКОЙСТВА СО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ		СЕГОДНЯ У МЕНЯ ЕСТЬ ВОПРОС О:

<table style="width:100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">ДА    НЕТ</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">ДА    НЕТ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок хорошо спит.</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок смотрит мне в лицо.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок хорошо ест и сосет.</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Если ребенок плачет, его можно успокоить, взяв на руки или начав с ним говорить.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок слышит звуки.</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> У меня не бывает частых периодов грусти.</td> </tr> </table>	ДА    НЕТ	ДА    НЕТ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок хорошо спит.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок смотрит мне в лицо.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок хорошо ест и сосет.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Если ребенок плачет, его можно успокоить, взяв на руки или начав с ним говорить.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок слышит звуки.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> У меня не бывает частых периодов грусти.	
ДА    НЕТ	ДА    НЕТ								
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок хорошо спит.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок смотрит мне в лицо.								
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок хорошо ест и сосет.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Если ребенок плачет, его можно успокоить, взяв на руки или начав с ним говорить.								
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок слышит звуки.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> У меня не бывает частых периодов грусти.								

ВЕС, КГ/УНЦИИ (ПРОЦЕНТИЛЬ)	РОСТ, СМ/ДУЙМОВ (ПРОЦЕНТИЛЬ)	ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ (ПРОЦЕНТИЛЬ)	Питание _____ Выделения _____ Сон _____ <input type="checkbox"/> Проверка карты прививок <input type="checkbox"/> Обследование новорожденного: (PKU) <input type="checkbox"/> Другое: _____ Санитарное просвещение: (отметьте все обсужденные темы / выданные материалы) <input type="checkbox"/> Планирование семьи <input type="checkbox"/> Безопасность <input type="checkbox"/> Сон на спине <input type="checkbox"/> Развитие <input type="checkbox"/> Безопасность детских кроваток <input type="checkbox"/> Синдром сотрясения ребенка <input type="checkbox"/> Связь с ребенком <input type="checkbox"/> Кормление/колики <input type="checkbox"/> Жар <input type="checkbox"/> Пассивное курение <input type="checkbox"/> Никаких бутылок в кровати <input type="checkbox"/> Уход за детьми <input type="checkbox"/> Подходящее детское автомобильное сиденье <input type="checkbox"/> Материнская депрессия <input type="checkbox"/> Другое: _____ Оценка/план: _____ _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Проверка систем организма <input type="checkbox"/> Проверка семейной истории болезней _____ _____			
Обследования:    Норм.    Отклон. Слух <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ Зрение <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ Развитие: Обведите области, вызывающие у вас опасение Адаптационно-познавательное    Язык/общение Грубая моторика    Социальное/эмоциональное развитие    Тонкая моторика Поведение <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ Психическое здоровье <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ Физическое состояние:    Норм.    Отклон.    Норм.    Отклон. Общий внешний вид <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Грудная клетка <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Кожа <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Легкие <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Голова/родничок <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Сердечно-сосудистая система/пульс <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Глаза/красный рефлекс <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Живот <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Уши <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Половые органы <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Нос <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Позвоночник <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ротовая полость <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Конечности/тазобедренный сустав <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Шея <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Неврологическое состояние <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Узлы <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Опишите обнаруженные аномалии и ваши замечания: _____ _____ _____ _____			
СДЕЛАННЫЕ ПРИВИВКИ _____ _____ _____ _____			
НАПРАВЛЕНИЯ _____ _____			

<b>СЛЕДУЮЩЕЕ ПОСЕЩЕНИЕ: В ВОЗРАСТЕ 2 МЕСЯЦЕВ</b>	ИМЯ ВРАЧА ИЛИ НАЗВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
--------------------------------------------------	------------------------------------------------

ПОДПИСЬ ВРАЧА	АДРЕС ВРАЧА ИЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
---------------	-----------------------------------------

**МЛАДЕНЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ: 2-4 НЕДЕЛИ**

# Здоровье вашего малыша в возрасте 2 недель

## Важнейшие моменты

**Как развивается ваш малыш в возрасте от 2 недель до 2 месяцев.**

Смотрит вам в лицо, когда вы его держите, следит за вашими движениями.

Реагирует на ваш голос.

Показывает, что слышит звуки, пугаясь, моргая или начиная кричать.

Двигает ручками и ножками, пытается поднять головку, лежа на животике.

Дает вам понять, что ему нужно, начиная шуметь или кричать.

**Играя с ребенком, вы учите его новым вещам.**

## Помощь или подробная информация

**Чтобы найти врача или получить бесплатную или недорогую страховку для ребенка:** Информационно-справочная линия программы «Здоровые мамы – здоровые дети» (Healthy Mothers, Healthy Babies) – 1-800-322-2588 или 1-800-833-6388 (TTY).

**Информация о кормлении грудью, питании и здоровье:** Программа «Женщины, младенцы и дети» (Women, Infant, Children (WIC) Program), звоните по телефону Информационно-справочной линии программы «Здоровые мамы – здоровые дети» (смотрите номера телефонов выше).

**Безопасность детских автомобильных сидений:** Коалиция по защитным удерживающим устройствам (Safety Restraint Coalition): 1-800-BUCK-L-UP или 1-800-833-6388 (TTY).

**Воспитание детей и поддержка:** Семейная справочная служба – 1-800-932-NOPE (4673), организация Family Resources Northwest – 1-888-746-9568, занятия в местных общественных колледжах.

## Советы по сохранению здоровья

Научитесь определять, когда ваш ребенок голоден, чтобы вы могли покормить ребенка, **прежде** чем он начнет кричать. Ребенок может начать шуметь или поворачивать голову к вашему телу, когда вы держите его на руках.

Грудное молоко – наилучшая пища для детей, пока им не исполнится хотя бы год. Продолжайте кормить ребенка грудью как можно дольше.

Если вы кормите ребенка из бутылочки, берите его на руки при кормлении. Ребенку необходимо в время быть рядом с вами.

Прививки защитят вашего ребенка от 12 серьезных заболеваний. Проследите за тем, чтобы прививки ребенку были сделаны вовремя.

**ВСЕГДА** укладывайте ребенка спать на спину, чтобы снизить риск синдрома внезапной детской смерти (SIDS). Кроме того, не используйте мягкое постельное белье, а также убирайте плюшевые игрушки из детской кроватки.

Держите ребенка подальше от людей, простуженных, с кашлем. Следите за тем, чтобы люди, которые берут ребенка на руки или ухаживают за ним, часто мыли руки.

## Советы по воспитанию детей

Подарите ребенку радость своего внимания. Уделяйте достаточно времени тому, чтобы держать его на руках, смотреть ему в глаза, нежно с ним разговаривать. Он видит и слышит вас. Он уже учится!

Ваш ребенок начинает шуметь и кричать, чтобы дать вам понять, чего он хочет. Успокойте его, если он кричит. Держа ребенка на руках, вы ни в коем случае не балуете его.

## Советы, касающиеся безопасности

При каждой поездке на машине используйте детское автомобильное сиденье, усаживая ребенка лицом назад. Пристегивайте его на заднем сиденье, подальше от воздушных подушек безопасности.

**НИ В КОЕМ СЛУЧАЕ** не трясите ребенка, так как это может привести к крайне тяжелым повреждениям головного мозга. Убедитесь в том, что все, кто ухаживает за ребенком, знают об этом.